

Innovatiecentrum Vraagsturing

Noties over verantwoordelijkheid en vraagsturing

Verslag expertmeeting ICV 6 juni 2002

H. Blaauwbroek
H. Albeda
K. Zwart

“Beleidsmakers negeren alles wat tegenwerkt, bijvoorbeeld het systeem. Dat verandert sinds 1974 niet en houdt vraagsturing tegen. Als je het systeem niet veranderd ontstaat er geen vraagsturing” Hans van der Wilk

Inhoud

Noties over verantwoordelijkheid en vraagsturing.....	1
Vooraf	3
Inleiding.....	4
0. Minder hiërarchie, meer eigen verantwoordelijkheid	5
<i>Toegenomen mondigheid.....</i>	<i>5</i>
1. Morele en feitelijke verantwoordelijkheid.....	7
<i>Verantwoordelijkheid kunnen nemen.....</i>	<i>7</i>
<i>Bestedings- en keuzevrijheid.....</i>	<i>7</i>
2. De kracht van systemen.....	9
<i>De WAO als praktijkvoorbeeld.....</i>	<i>9</i>
Werkgever die verantwoordelijkheid neemt.....	9
Werknemer die verantwoordelijkheid neemt.....	9
Structuur leidt tot niet nemen van verantwoordelijkheid.....	9
Vrijheid versus gelijkheid	10
<i>Nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling.....</i>	<i>10</i>
3. Wie is de cliënt?.....	11
<i>Opdrachtgever en cliënt.....</i>	<i>11</i>
Wie bepaalt het succes?.....	11
Opdrachtgever, financier en hulpvrager.....	11
4. De positie en mogelijkheden van de cliënt.....	13
<i>Verantwoordelijk optreden vraagt competente mensen.....</i>	<i>13</i>
Wie zorgt voor mondigheid?	13
Transparantie.....	13
Grenzen accepteren	14
5. De verantwoordelijkheid van cliëntenorganisaties.....	15
<i>Cliëntorganisatie en individuele cliënten.....</i>	<i>15</i>
Cliëntenorganisaties als reactie op aanbodstructuur	15
6. Verantwoordelijkheden op een rij	16
<i>Verantwoordelijkheden</i>	<i>16</i>
<i>Competentie, macht en vertrouwen.....</i>	<i>16</i>
Bijlage 1 Verantwoording.....	17
Bijeenkomst van het innovatiecentrum vraagsturing (ICV)	17
Deelnemers expertmeeting ICV "Vraagsturing en verantwoordelijkheden".....	18

Vooraf

In verschillende sectoren, waaronder die van sociale zekerheid en zorg, is vraagsturing een veel gehoord begrip. Vraaggestuurde dienstverlening gaat uit van de vraag hoe de cliënt zijn leven zo kan inrichten als hij wil. Niet de organisatie, het probleem van de klant, maar zijn leven staat centraal. De vrager krijgt de regie. Hij stuurt. In dit rapport gaan we in op de vraag wat dit betekent voor de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen: de cliënt, cliëntenorganisaties, uitvoeringsorganisaties en zorgaanbieders, financiers en de overheid.

De burger wordt steeds meer op zijn verantwoordelijkheid aangesproken en wenst zelf mee te kunnen beslissen over de vorm, de inhoud en het tijdstip van dienstverlening. Vraagsturing is een onomkeerbaar gegeven. Gemiddeld genomen is de burger mondiger, beter opgeleid en accepteert niet meer vanzelfsprekend autoriteit. De cliënt weet beter wat het beste bij hem past.

Vraagsturing betekent dat verantwoordelijkheid verschuift. Niet alleen tussen overheid en burger, maar ook tussen cliënt en uitvoeringsorganisatie en tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Met de verantwoordelijkheid verschuiven ook bevoegdheden en risico's. In dit rapport "Noties over verantwoordelijkheid" beschrijven we een aantal noodzakelijke veranderingen om vraagsturing te realiseren en mechanismen die dit bemoeilijken.

Samen met twee eerdere rapporten "Elf bouwstenen voor Vraagsturing" en "Vraagsturing op drie fronten" vormt dit rapport de basis voor het congres "Antwoorden op vraagsturing" dat het Innovatiecentrum Vraagsturing op 31 oktober 2002 organiseert.

Dit rapport is gebaseerd op literatuuronderzoek, eigen ervaringen en inzichten, maar vooral op een expertmeeting georganiseerd door het Innovatiecentrum Vraagsturing waaraan diverse vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, uitvoeringsorganisaties en andere experts meededen. Twee mensen noemen we in het bijzonder:

Roeland van Geuns, directeur Sociale Zekerheid bij Regioplan. Regioplan verleent ondersteuning bij de formulering, de uitvoering en de evaluatie van beleid in de sociale zekerheid. De heer Van Geuns hield een inleiding over 'Eigen verantwoordelijkheid en WAO'. Zijn verhaal ontlokte een deelnemer de uitspraak "Het probleem in de WAO is dat de probleemhouder zoek is. Dan wordt het heel moeilijk om een verantwoordelijke aan te wijzen."

Hans van der Wilk, ondermeer bestuurslid van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid en de Stichting Patiëntenfonds. De heer Van der Wilk ging in zijn inleiding in op de wens om vraagsturing in de zorg te realiseren en de noodzakelijke veranderingen die daarvoor nodig zijn in het gezondheidszorgsysteem.

"Ik ben heel erg positief over vraagsturing en zeer pessimistisch over de ontwikkelingen van echte vraagsturing op dit moment. Beleidsmakers negeren alles wat er tegen werkt, bijvoorbeeld het systeem. Dat verandert sinds 1974 niet en houdt vraagsturing tegen. Als je het systeem niet veranderd ontstaat er geen vraagsturing. Het systeem verandert niet door de economische belangen die er aan hangen voor alle partijen."

In de bijlage vindt u meer informatie over de gehouden expertmeeting. Op onze website www.icv.nl vindt u bovengenoemde rapportages en informatie over het congres "Antwoorden op vraagsturing".

Inleiding

In de sociale zekerheid en zorg wordt op verschillende fronten geëxperimenteerd met de invoering van vraagsturing. De achterliggende overwegingen zijn divers. Soms wordt een bedrijfseconomische argumentatie gevolgd: door vraagsturing zal het proces efficiënter en effectiever verlopen. Soms wordt een ideologische lijn gevolgd: de cliënt of gebruiker moet zelf kunnen bepalen hoe de diensten die hij afneemt eruit zien en welke tegenprestatie hiervoor wordt geleverd.

In beide gevallen leidt de introductie van vraagsturing tot verandering van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van partijen. Vraagsturing betekent dat de cliënt (patiënt, eindgebruiker) beschikt over middelen om het aanbod te sturen, zodat dit goed wordt afgestemd op zijn of haar individuele wensen en behoeften. De cliënt kan regie gaan voeren over het aanbod. De cliënt krijgt bevoegdheden om te sturen en de verantwoordelijkheid om dit op een goede manier te doen.

Sociale zekerheid en zorg zijn collectief georganiseerde diensten. Dat wil zeggen dat de overheid, in het belang van de burgers, wetten en regels heeft vastgesteld, waardoor deze diensten voor iedereen die ze nodig heeft onder voorwaarden beschikbaar zijn. De kosten worden betaald uit belastingopbrengsten en verzekeringspremies. Tot nu toe bepaalde de overheid in hoge mate hoe het aanbod er uit ziet en onder welke voorwaarden hier gebruik van mag worden gemaakt. Gevolg is dat het aanbod vaak niet aansluit op de vraag.

In de gezondheidszorg is er bij patiënten vaak een duidelijke wens om beter te worden, hetgeen een heldere richting aan vraagsturing impliceert. In de sociale zekerheid ligt dat diffuser, daar lijken meer onzekerheden in het spel te zijn. Onzekerheden rond proces van reïntegratie en rond inkomen. Uit onderzoeken blijkt dat mensen zelf veelal positief tegenover hun reïntegratie (naar betaald werk) staan, maar dat ze onzeker zijn over de manier waarop de uitvoeringsinstanties met hun wensen omgaat¹ of omdat er op het werk problemen dreigen of men een inkomensachteruitgang verwacht.

Vraagsturing veronderstelt een verschuiving van de verantwoordelijkheid naar het individu, zonder dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van collectieve diensten in gevaar komen. De achtergronden hiervoor worden beschreven in het eerste hoofdstuk. Deze verschuiving van verantwoordelijkheden verloopt moeizaam. De redenen en mogelijke oplossingen hiervoor worden beschreven aan de hand van vijf thema's:

- morele en feitelijke verantwoordelijkheid
- de kracht van systemen (het afschuiven van verantwoordelijkheid)
- wie is de klant?
- de positie en mogelijkheden van de cliënt
- de verantwoordelijkheid van cliëntenorganisaties

Door de introductie van vraagsturing veranderen verhoudingen tussen partijen en verschuiven verantwoordelijkheden en bevoegdheden. In een eerste hoofdstuk analyseren we de achtergrond van toegenomen aandacht voor verantwoordelijkheid. In de laatste paragraaf zetten we de verantwoordelijkheden op een rij.

¹ Zie bijvoorbeeld Regioplan in artikel 'Cliënten kunnen vraag niet uiten' in ESB, 27 september 2002, p. 683-685.

0. Minder hiërarchie, meer eigen verantwoordelijkheid

In de laatste 20 jaar van de 20ste eeuw zijn de opvattingen over de rol en verantwoordelijkheid van de overheid en het individu veranderd. Het model van de verzorgingsstaat is vervangen door een model waarin marktwerking een belangrijkere plaats heeft gekregen. De overheid zorgt in dit model niet meer voor de burgers, maar vangt hen op wanneer zij zelf niet tot een bepaald niveau van verzorging in staat zijn. De veranderingen worden zichtbaar in een versoering van de sociale verzekeringen en veranderingen in de zorg. Individuele burgers hebben in dit model een grotere individuele keuzevrijheid en een grotere verantwoordelijkheid om voor zichzelf te zorgen. De gevolgen van individuele keuzen die verkeerd uitvallen worden minder snel collectief gedragen.

Toegenomen mondigheid

Dit model is niet alleen resultaat van overheidsbeleid. Het heeft bovenal te maken met de toegenomen mondigheid van burgers en afname van de mogelijkheden om alles centraal te reguleren en de ruimte om bepaalde gedragingen af te dwingen. De samenleving is complexer dan begin van de vorige eeuw en planning van bovenaf is feitelijk onmogelijk geworden. Meer dan vroeger blijkt de slaagkans van interventies in de zorg en sociale zekerheid groter als de klant zelf verantwoordelijkheid neemt. Hij werkt niet (of minder) mee als hij niet als uniek individu benaderd wordt.

Paul Schnabel meent dat organisatorisch en bestuurlijk een netwerk van partners en partijen feitelijk de plaats van de georganiseerde hiërarchie hebben ingenomen. "Differentiatie en decentralisatie hebben de oude piramide van verantwoordelijkheden veranderd in een eilandenrijk van relatief autonome eenheden." Hij benadrukt wel dat van de overheid nog altijd bureaucratische perfectie verwacht: onkreukbaar, zorgvuldig volgens regels en zonder onderscheid des persoons werkend.²

In deel 1 van "Trends, dilemma's en beleid"³ van het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Planbureau stelt Schnabel dat de verzorgingsstaat in bijna al zijn arrangementen zeer sterk kwantitatief individualistisch is ingesteld, terwijl de samenleving steeds sterker kwalitatief individualistisch bepaald wordt. Er is een streven naar meer individuele vrijheid. Burgers zijn kritischer, mondig en individualistischer. Ook intermediaire organisaties kunnen niet meer optreden namens de achterban. In onderstaande tabel uit de publicatie van SCP en CPB wordt kwantitatief individualisme tegenover kwalitatief individualisme gesteld:

	Kwantitatief individualisme	Kwalitatief individualisme
Belangrijkste principe	Gelijkheid van alle mensen	Vrijheid van ieder mens
Verbonden met	Staat en wetgeving	Samenleving en maatschappij
Oriëntatie	Legalistisch en rationeel	Moreel en emotioneel
Nadruk op	Mens als teleenheid, gelijk	Mens als leefeenheid, uniek
Accent op	Gelijke rechten en plichten	Bijzondere en persoonlijke kwaliteiten
Voorkeur	Voor gelijke kansen	Voor eigen mogelijkheden en keuzes
	Zonder aanzien des persoons	Uitgaand van de persoon

Het klassieke rationele bureaucratiemodel is er op gericht om betrokkenheid van ambtenaren bij het individu minimaal te houden. Dit moet willekeur, corruptie en andere uitwassen voorkomen. Zonder aanzien des persoons werken is een belangrijk ideaal in het kwantitatief individualisme. Optimale dienstverlening vraagt van de ambtenaar aan het loket juist persoonlijke betrokkenheid bij de klant en inleving in zijn unieke situatie.

Het kwalitatief individualisme vraagt om beheersing van gedrag en hoge graad van civilisatie in de omgang. Het vraagt om verantwoordelijkheid geven aan burgers en ruimte om eigen keuzen te maken. Het vraagt om 'ontvoogding'. Meer regels en sturing van bovenaf rekent op gehoorzaamheid aan regels. Dat past bij kwantitatief individualisme en een vanzelfsprekend vertrouwen. Zijn beslissingen over de richting

² P. Schnabel, "Bedreven en gedreven", SCP, Den Haag 2001

³ CPB / SCP "Trends, dilemma's en beleid" Den Haag 2000

geaccepteerd als zijnde rechtvaardig en gebaseerd op rekenschap en adviezen vanuit de samenleving dan vraagt dat van mensen trouw aan politieke verplichtingen. Dat past beter bij kwalitatief individualisme.

Francis Fukuyama schrijft in zijn boek Trust⁴; "Trust is the expectation that arises within a community of regular, honest and cooperative behavior, based on commonly shared norms, on the part of other members of that community". Wanneer mensen vrezen dat vertrouwen niet meer vanzelfsprekend is gaan ze zich indekken, dan gaan relaties juridiseren. De verantwoordelijkheid wordt dan zoveel mogelijk bij anderen neergelegd. Als mensen alle keuzemogelijkheden ontnomen worden nemen zij eveneens geen verantwoordelijkheid meer.

Er is een open dialoog nodig waarbij hardop gezegd kan worden wanneer men het niet met elkaar eens is. Bij hiërarchische verhoudingen neemt de professional iets "mee". Bij horizontale verhoudingen hoort veel meer tegenspraak en debat. Luisteren alleen is niet genoeg. Er is wederkerigheid en respect nodig. Dat vraagt van beide partijen om een bepaalde verantwoordelijkheid te nemen.

Onder invloed van de toenemende mondigheid en vermindering van de bepalende rol (en verantwoordelijkheid) van de overheid komt het thema 'verandering van verantwoordelijkheid dus vanzelfsprekend op.

⁴ F. Fukuyama Trust the social virtues and the creation of prosperity Penguin London 1995 p.26 e.v.

1. Morele en feitelijke verantwoordelijkheid

Is een cliënt verantwoordelijk om rond te komen met zijn persoonsgebonden budget? Ja, mits de budgetten voldoende hoog en realistisch zijn. Daar zijn anderen verantwoordelijk voor. (Marlies Ypma, Marry Mos)

De reparatielust in Nederland is gigantisch. Je mag in Nederland niet ziek zijn. Dat is een vreemde morele verantwoordelijkheid. (Yolan Koster-Dreese)

Je hebt een morele verantwoordelijkheid om je eigen mogelijkheden te gebruiken. Dit correspondeert niet met de regelgeving. (Leni Jansen)

De Raad voor de Volksgezondheid en zorg schetst in zijn advies “Naar een meer vraaggericht zorg”⁵ een belangrijke spanning. Het gebruikersperspectief en professionele en institutionele verantwoordelijkheid.

Vaker dan vroeger wordt de verantwoordelijkheid bij gebruikers gelegd. Maar professionals hebben ook een verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en zorgvuldigheid van hun handelen houden zij graag bij zichzelf. Wel krijgt de klant een morele verantwoordelijkheid. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het verschil tussen feitelijke en morele verantwoordelijkheid.

Verantwoordelijkheid kunnen nemen

Moreel verantwoordelijk zijn betekent handelen in overeenstemming met de geldende waarden van het moment. Die dingen doen en laten die passen bij de zedelijkheid. Moreel goed handelen gebeurt veelal op basis van ongeschreven wetten. Er is een onderscheid tussen morele en feitelijke verantwoordelijkheid. Feitelijke verantwoordelijkheid is gestoeld op wetgeving en regels. Deze is veelal afgeleid van de geldende moraal.

Welke morele en feitelijke verantwoordelijkheid ligt bij de cliënt en andere partijen in een vraaggestuurd systeem?

Het is een morele verantwoordelijkheid van de cliënt om gezond gedrag te vertonen, bijvoorbeeld niet te roken, voldoende te bewegen en zelf keuzen te maken. Het is ook een morele verantwoordelijkheid om te streven naar betaald werk om zo in de eigen levensonderhoud te kunnen voorzien. Feitelijk komt dit laatste neer op actief solliciteren of zo snel mogelijk reintegreren. Niet omdat het moet, maar omdat je wilt.

De mate waarin het mogelijk is dit soort verantwoordelijkheden waar te maken zijn sterk afhankelijk van de randvoorwaarden die door de samenleving, in casu de overheid worden gecreëerd.

Iemand verplichten te solliciteren terwijl er geen uitzicht is op werk is zinloos en tast de moraal stevig aan. Iemand de verantwoordelijkheid geven zelf zorg in te kopen met een veel te laag persoonsgebonden budget voor verzorging werkt ook niet goed. Kortom: een cliënt kan morele verantwoordelijkheid nemen, mits de randvoorwaarden dit mogelijk maken. Ten aanzien van zorg en sociale zekerheid liggen de randvoorwaarden op het gebied van keuzemogelijkheden, transparantie, ondersteuning, voldoende budget, kennis en vaardigheden. (Zie ook “11 bouwstenen voor vraagsturing”⁶)

Bestedings- en keuzevrijheid

Het grote verschil in verantwoordelijkheid voor de cliënt in een vraaggestuurd dan wel aanbodgestuurd systeem ligt bij de bestedings- en keuzevrijheid. In welke mate ben je als cliënt vrij om te kiezen op welke wijze je welke middelen wilt inzetten om je leven in te richten. Een goed voorbeeld hiervan vormt de invoering van de werkloosheidswet in de jaren '50. Nederland koos voor een systeem van een financiële uitkering die door de werkloze naar believen kon worden besteed. De verantwoordelijkheid om rond te komen met het beschikbare bedrag werd bij de uitkeringsontvanger gelegd. Vele andere Europese landen kozen voor een bonnensysteem (voedselbonnen, kledingbonnen, etc.). Uiteraard speelde in Nederland de discussie wat te doen met mensen die niet konden rondkomen van het bedrag en 'of als er misbruik van het systeem zou worden gemaakt'. Kort samengevat gaat het om de vraag: beschikken de werklozen over voldoende moraal?

⁵ RVZ “Naar een meer vraaggerichte zorg” Zoetermeer 1998

⁶ A.L. Buinink en H.D. Albeda “Elf bouwstenen voor vraagsturing”, ICV 2002

In de praktijk bleek dit nauwelijks tot problemen te leiden. In 95 % van de gevallen ging het goed. In de overige gevallen was schuldsanering op een bepaald moment noodzakelijk. Dit alles werkte, zolang de uitkering een adequaat niveau had. Adequaats wilde zeggen dat het voldoende hoog was om een leven te leiden dat in overeenstemming was met dat van de omgeving waarin iemand leefde.

Een vergelijkbare discussie is gevoerd bij de invoering van het persoonsgebonden budget in de zorg. Ook daar spelen vragen rond misbruik en de vaardigheid om geld op een goede manier te besteden een belangrijke rol. Ook daar blijkt van misbruik in de praktijk nauwelijks sprake te zijn en zijn mensen over het algemeen goed in staat het budget op de door hen gewenste manier aan te wenden. Ook hier geldt dat het budget voldoende hoog moet zijn.

2. De kracht van systemen

Verantwoordelijkheden voor cliënten zijn moeilijk te definiëren in het WAO systeem. (Roeland van Geuns)

De institutionele structuur heeft te maken met het feit dat we in Nederland voor iedereen hetzelfde willen. Dit houdt tegen dat er geëxperimenteerd wordt. (Ben Stoeltinga)

Een probleem is dat de huidige systemen het afschuiven van verantwoordelijkheid mogelijk maken en zelfs stimuleren. De praktijk met betrekking tot de WAO illustreert dit.

De WAO als praktijkvoorbeeld

Werkgever die verantwoordelijkheid neemt

Een werknemer meldt zich ziek bij de werkgever. Die schakelt zijn Arbo-dienst in en denkt: "zij lossen het wel op, daar heb ik ze voor". Er zijn weinig stimulansen voor de werkgever om zelf verantwoordelijkheid te nemen bij het weer inschakelen van de werknemer. De praktijk leert dat Arbo-diensten 'de neiging hebben' op een gestandaardiseerde, bureaucratische wijze om te gaan met de (medische) begeleiding. Hiervan gaat geen stimulans voor werknemer of werkgever om het werk te hervatten. De praktijk leert verder dat werkgevers al na enkele weken 'afscheid' nemen van hun werknemer. "Het werk moet door, we zien wel of hij of zij weer terugkomt." Werkgevers vertonen daarmee in de huidige praktijk een passief tot defensief gedrag. De Wet verbetering poortwachter probeert deze praktijk te veranderen door veel meer verantwoordelijkheid bij de werkgever (en werknemer) te leggen door middel van financiële prikkels en sancties.

Werknemer die verantwoordelijkheid neemt

De werknemer meldt zich ziek en wordt daarmee een (vooral) medisch probleem. Ziek zijn is de legitimatie voor ander gedrag. Iemand die ziek is hoeft niet te werken, hoeft niet naar school. Belangrijk is dat de dokter het heeft gezegd. Zowel voor de betrokkene en diens omgeving, als de werkgever vormt de erkenning van een ziekte door de dokter een mogelijkheid om de verantwoordelijkheid ergens anders te leggen. 'Aan ziek worden kun je niets doen, dat heb je niet zelf in de hand.' En: 'Voor de zieken moet worden gezorgd.' Maar ook: 'Bij ziekte moeten men worden beschermd.'⁷ Daarnaast geeft de erkenning van ziekte voor de werknemer in veel gevallen een inkomenszekerheid in de vorm van een (collectieve) uitkering.

De zieke moet meewerken om weer aan het werk te komen. Men wil dat het veelal gebeurd snel om zo de uitkeringslasten zo laag mogelijk te houden. De regie rond de reïntegratie ligt echter niet bij de zieke maar de werkgever of het reïntegratiebedrijf. Daar staan alle signalen om snel weer aan het werk te gaan op rood. Daarbij komt nog dat de zieke werknemer uiteraard dient mee te werken aan de acties van het UWV, zoals herkeuringen. Het zelf ontplooiën van initiatieven om weer aan de slag te kunnen worden niet of nauwelijks gestimuleerd⁸. Legio zijn de voorbeelden van mensen in de WAO die vruchteloos pogen om de belemmeringen te omzeilen en hun negatief stempel af te komen. Verzoeken om herkeuring lopen vast in een wachtlijst. Keuringsartsen zien vaak een groot medisch risico op herhaling, waardoor goedkeuring uitblijft of opschuift. Al met al leidt de huidige structuur en verantwoordelijkheidsverdeling tot een steeds toenemend aantal WAO'ers.

Structuur leidt tot niet nemen van verantwoordelijkheid

De oorzaak hiervan ligt enerzijds bij de opdrachtgever, de overheid. Uitvoeringsorganisaties in de sociale zekerheid worden afgerekend op het handhaven van regels en procedures en zo snel mogelijk behalen van (korte termijn) resultaat. Zij worden door de overheid en politiek aangesproken op het houden van toezicht op het naleven van regels door werkgevers en werknemers (rechtmatigheid) en realiseren van een zo laag mogelijke uitkeringslast (doelmatigheid). Het gedrag van uitvoeringsorganisaties zou wel eens geheel anders kunnen zijn wanneer zij worden afgerekend op reïntegratie. "Wat doen jullie om de mensen snel maar

⁷ Er zijn wetten, zoals in kader van de privacy en de Wet Medische Keuringen (WMK), die mensen bescherming bieden voor het geval zij een ziekte hebben en willen solliciteren of reïntegreren.

⁸ Zie bijvoorbeeld de Helpdeskrapportage 2001 'Cliënten staan voor de poort!' van het BPV&W die juli 2002 is verschenen.

duurzaam en verantwoord weer aan het werk te krijgen en wat is het resultaat van deze inspanningen vooral op langere termijn?”.

De oorzaak ligt ook deels bij de medicalisering van arbeidsongeschiktheidsproblematiek. In veel gevallen is er niet sprake van een ziekte, maar van een arbeidsconflict of een tijdelijke probleemsituatie. Een Minister van Economische Zaken stuurde enige tijd geleden zijn Secretaris Generaal naar huis met de mededeling “Meldt u zich maar ziek.” Behalve het volkomen verkeerde signaal, illustreert dit ook de verkeerde wijze waarop de Ziektewet en WAO door werkgever en werknemer kunnen worden gebruikt. Voor de betrokken werknemer biedt het de mogelijkheid zijn veranderde situatie sociaal te legitimeren. Voor de werkgever kan het een afschuiven van zijn kosten inhouden.

Ten slotte is er nog een politieke oorzaak: de keuze in Nederland dat we voor iedereen hetzelfde willen (rechtvaardigheid). Op het niveau van wet- en regelgeving hanteren we in Nederland het gelijkheidsprincipe. Dit leidt tot een institutionele structuur, die gericht is op het handhaven van regels (gelijkheid) in plaats van het realiseren van inhoudelijke doelen (arbeidsreïntegratie). Dit maakt experimenteren met nieuwe werkwijzen en methoden moeilijk, want dat schept ongelijkheid. Was dit ook niet één van de redenen waarom de experimenten met het persoonsgebonden reïntegratiebudget zo moeilijk van de grond kwamen?.

Vrijheid versus gelijkheid

Het gelijkheidsprincipe is een ‘verworvenheid’ van de verzorgingsstaat. Bijna per definitie betekent dit dat de overheid verantwoordelijkheden van burgers overneemt. Uitvoeringsorganisaties in de sociale zekerheid werken veelal volgens dit principe. Op dit moment is de trend echter anders. Er lijkt in de zorg en sociale zekerheid een breed maatschappelijk draagvlak te zijn voor een grotere verantwoordelijkheid voor het individu. Hierdoor zouden de traditionele systemen kunnen veranderen. Instituties zijn uit zichzelf niet geneigd tot verandering. Aanpassingen komen daarom pas tot stand onder druk van buiten. Gezien de krachten, veelal belangen op korte termijn, die er zijn om het systeem in stand te houden gaat een verandering langzaam.

Nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling

Uit het voorbeeld rond de WAO blijkt dat de huidige verdeling van verantwoordelijkheden ofwel vastligt in het systeem, ofwel dat het systeem stimuleert dat verantwoordelijkheid afgeschoven wordt. Bij een vraaggestuurde manier van werken lijkt een evenwichtiger verdeling van verantwoordelijkheden tussen de betrokkenen noodzakelijk. Cliënten moeten meer mogelijkheden hebben om hun eigen motivatie te volgen om zo te ontsnappen aan de structuren van de sociale zekerheid. Dit kan enerzijds door mogelijkheden te bieden zelf initiatieven te nemen of persoonlijk gewenste ondersteuning te krijgen (zoals met een persoonsgebonden reïntegratiebudget of job-coaching), anderzijds door belemmeringen voor reïntegratie weg te nemen (bijvoorbeeld door het keuringsproces beter te stroomlijnen). De verantwoordelijkheid voor ziek - en gezond zijn kan in grotere mate dan nu het geval is bij de cliënt gelegd worden. De keuringsarts en arbeidsdeskundige spelen in dit proces bij voorkeur een meer adviserende en ondersteunende dan een beslissende rol.

De nadruk bij uitvoeringsorganisaties in de sociale zekerheid moet komen te liggen bij reïntegratie in plaats van regelhandhaving. Uitvoeringsorganisaties dienen de ruimte te krijgen om dit doel te bereiken met inzet van verschillende middelen voor verschillende cliënten. Ofwel: ondersteuning op maat. Dit schept in zekere mate ongelijkheid.

Bij deze verschuiving van verantwoordelijkheden is van belang dat zekerheid over inkomen en uitkering voor werkgevers en werknemers helder zijn en blijven bestaan. Het wegvallen van zekerheid leidt tot defensief gedrag. Dan zal alle actie gericht worden op het opnieuw verkrijgen van zekerheid en afschuiven van verantwoordelijkheid.

3. Wie is de cliënt?

Het probleem met de WAO is dat de probleemhouder zoek is. Dan wordt het heel moeilijk om een verantwoordelijke aan te wijzen. (Hans van Oijen)

Voor de verdere ontwikkeling van vraagsturing is het nuttig je niet steeds te identificeren met dezelfde rol. (Hein Albeda)

Sociale zekerheid en zorg zijn te beschouwen als collectieve (publieke) diensten. Uitgangspunt is dat deze diensten bestaan ten nutte van de individuele burger (wij noemen dat de eindgebruiker). De reden om ze collectief te organiseren is om ze voor iedereen beschikbaar en toegankelijk te maken en een bepaald kwaliteitsniveau te handhaven. Dit draagt bij aan het welvaartsniveau van de samenleving. In die zin vormen sociale zekerheid en zorg niet ook niet alleen een kostenpost voor de samenleving, maar is het ook een publieke investering met economisch rendement.

Opdrachtgever en cliënt

De overheid is opdrachtgever bij het organiseren van collectieve diensten. Wanneer er sprake is van vraagsturing stelt de overheid de (relevante) burgers in staat hun cliëntrol te vervullen. De overheid draagt in dat geval het opdrachtgeverschap in bepaalde mate over aan de individuele cliënt. Het persoonsgebonden budget in de verpleging, verzorging en reïntegratie zijn hiervan voorbeelden. De opdrachtnemers, in dit geval zorgaanbieders of reïntegratiebedrijven, leggen verantwoording af over hun dienstverlening aan de individuele cliënt.

Wanneer er sprake is van aanbodsturing zit de overheid zelf direct of indirect in de rol van uitvoerder of delegeert het opdrachtgeverschap naar uitvoeringsorganisaties (zorgverzekeraars, UWV) die daarmee een regierol krijgen toebedeeld. Deze opdrachtnemers leggen verantwoording af aan de overheid. Belangrijk is op welke punten de overheid de uitvoeringsorganisaties afrekent. Dit kan zijn de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening aan de eindgebruiker. De overheid zegt dan: regel het goed voor de cliënt of zelfs stel de cliënt centraal. In de praktijk blijkt dan dat 'goed' en 'centraal stellen' zeer verschillend kan worden uitgelegd. De overheid rekent opdrachtnemers af op haar publieke doelstellingen. De opdracht luidt dan bijvoorbeeld: 'handhaaf de regels' of 'blijf binnen het budget'. De doelstellingen van het overheidsbeleid kunnen soms strijdig zijn met die van de individuele cliënt. Voor de politiek als opdrachtgever van de overheid ligt hier het spanningsveld van het handhaven van het individuele en het collectieve belang.

Wie bepaalt het succes?

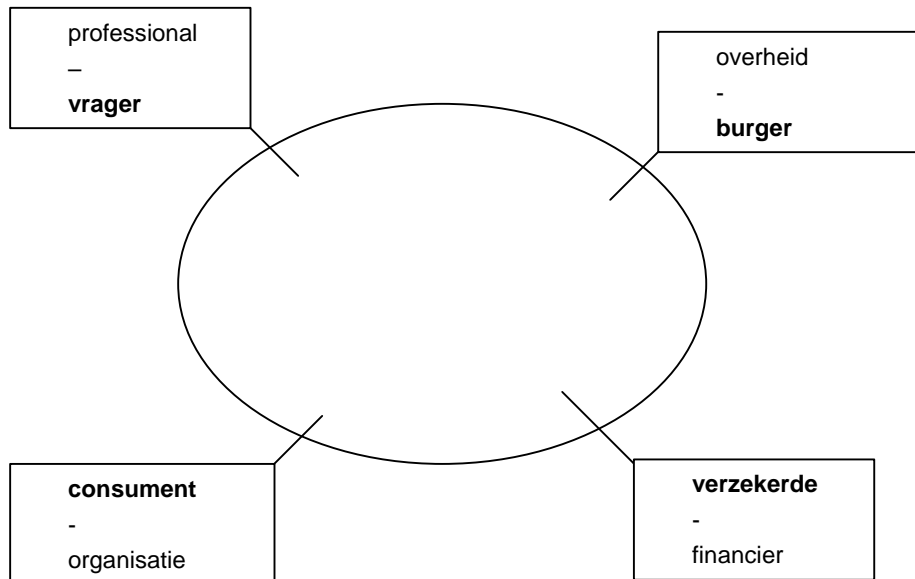
De opdrachtgever formuleert de succescriteria. In een vraaggestuurde omgeving is dit de eindgebruiker. In een aanbodgestuurde omgeving de overheid of de (uitvoerings)instantie.

Om de cliënt te laten kiezen en te laten definiëren of een bepaalde dienst succesvol is moet hij daar instrumenten voor hebben. Kan hij vrij kiezen, dan heeft hij de verantwoordelijkheid zich gedegen te informeren. Iemand heeft de verantwoordelijkheid om kwalitatief goede informatie te leveren. Om vrij te kunnen kiezen moet de cliënt verzekerd zijn van andere consumentenrechten, zoals recht op veiligheid, recht op goede geschillenbeslechting. Ook hier horen verantwoordelijkheden bij. Ook al is de cliënt degene die het succes bepaalt, de professional heeft de verantwoordelijkheid voor de deugdelijkheid en veiligheid van een behandeling.

Opdrachtgever, financier en hulpvrager

Ingewikkeld wordt het wanneer we bedenken dat diezelfde individuele cliënt in de rol van burger optreedt als opdrachtgever van dezelfde overheid. De cliënt heeft verschillende rollen en heeft in die rollen verschillende verantwoordelijkheden.

Schema: rollen en verantwoordelijkheden cliënt



Mensen hebben vanuit hun verschillende rollen, verschillende behoeften en belangen en nemen daarom uiteenlopende standpunten in. Momenteel neemt de roep om handhaving van regels in de samenleving toe (de cliënt in zijn rol als burger). Tegelijk is er de roep om meer eigen verantwoordelijkheid te geven aan het individu (de cliënt als vrager).

In het eerste geval staat een collectief belang voorop (veiligheid, orde). In het tweede geval een individueel belang (keuzevrijheid). Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om, in opdracht van de bevolking, een evenwicht te creëren tussen individuele vrijheid en collectieve beheersing. Dit geeft een constante spanning. In een vraaggestuurde omgeving is het van belang dat de overheid duidelijk de grenzen aangeeft van wat mogelijk is. De politiek bepaalt op voordracht van de burger de grens. De overheid voert uit. De vrager zal veelal binnen deze grenzen maximaleren.

4. De positie en mogelijkheden van de cliënt

Mondigheid heeft te maken met voor jezelf kunnen opkomen. Keuzen kunnen maken. Daar is een cliënt zelf verantwoordelijk voor. (Rob Lammerts)

Ziekte brengt afhankelijkheid. Ziekte beperkt de verantwoordelijkheid die je kunt nemen. (Leni Jansen)

Mag je wel afhankelijk zijn? De nadruk op onafhankelijkheid is een erkenning van het taboe op afhankelijkheid. (Kees van Drunen)

De positie van de cliënt in de gezondheidszorg wordt in belangrijke mate bepaald door afhankelijkheid. Ziekte en gebreken maken mensen afhankelijk van hulp van anderen. Dat is een gegeven. Om te zorgen dat deze hulp voor iedereen beschikbaar is bestaat er een stelsel van collectieve verzekeringen voor gezondheidszorg. Om de afhankelijkheid van cliënten in de zorg te beperken zijn er een aantal patiëntenrechten vastgelegd. De Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) is hiervan de belangrijkste. Deze wet regelt de verhouding tussen de individuele hulpverlener en individuele cliënt. Zowel aan de collectieve verzekeringen als aan de patiëntenrechten kan de cliënt rechten ontleenen. Het is zijn verantwoordelijkheid om deze rechten te claimen.

Verantwoordelijk optreden vraagt competente mensen

Als er sprake is van vraagsturing in de zorg is het een verantwoordelijkheid van de klant om zelfbewust om te gaan met de vraag wanneer zorg nodig is. Dit betekent:

1. Een mondig opstelling.
2. Vergelijken van en kiezen uit de verschillende mogelijkheden.
3. Accepteren dat sommige dingen bij het leven horen en leiden tot beperkingen.

Wie zorgt voor mondigheid?

Mondigheid wil zeggen dat een cliënt zijn vraag duidelijk formuleert en voorlegt aan een hulpverlener. Mondigheid vereist een assertieve houding, kennis en vaardigheden. Mondigheid vereist een zekere mate van gelijkwaardigheid. Mondigheid wordt door verschillende oorzaken beperkt. Ziekte maakt afhankelijk. Dit brengt de behandelaar in een machtige positie. Opleiding, opvoeding en houding zijn medebepalend voor assertiviteit. Dit maakt het hebben van steunsystemen in de vorm van consultants, adviseurs of mantelzorgers noodzakelijk. Een andere belangrijke vorm van steun kan zijn lotgenotencontact. Het is een verantwoordelijkheid van de patiëntenbeweging om hierin te voorzien. Het is een verantwoordelijkheid van de overheid om dit binnen het systeem van vraaggestuurde gezondheidszorg mogelijk te maken.

Transparantie

Het is een verantwoordelijkheid van de cliënt om keuzen te maken. Het is een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om zichtbaar te maken welke keuzemogelijkheden er zijn en om hierin een goed advies te geven. Transparantie in het zorgaanbod is een absolute randvoorwaarde om vraagsturing in de zorg mogelijk te maken. Er ligt een verantwoordelijkheid van zowel de overheid als de patiëntenbeweging om de cliënt te voorzien van onafhankelijke informatie en transparantie te realiseren bij de zorgaanbieders.

In de huidige situatie bestaat er voor zorgaanbieders geen stimulans om inzichtelijk te maken welke diensten en producten zij in huis hebben. Het ontbreken van concurrentie en het budgetteringssysteem in de gezondheidszorg zijn hiervoor belangrijke oorzaken. Het systeem zit transparantie in de weg. Daardoor vraagt het systeem nieuwe regels, bijvoorbeeld wettelijke maatregelen voor transparantie. Maar dat zit het nemen van eigen verantwoordelijkheid in de weg. Een plicht om transparant te zijn roept verzet op.

Grenzen accepteren

Een derde verantwoordelijkheid voor de cliënt is het accepteren dat bepaalde dingen bij het leven horen en dat deze beperkingen met zich meebrengen. Dat betekent: niet bij het eerste pijntje naar de dokter rennen, maar eerst nadenken wat er aan de hand is. Een probleem in Nederland is de enorme reparatielust. "Je mag in Nederland niet ziek zijn. Dat wordt gevoeld als een morele verantwoordelijkheid".

Een ander probleem is de afwenteling van verantwoordelijkheid voor gezondheid op de geneeskunde. De arts is enorm belangrijk geworden voor het legitimeren van ziekte, bijvoorbeeld voor het krijgen van een uitkering. Om minder afhankelijk te worden van de zorg is een verandering nodig, waarin mensen zelf meer verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Dat vraagt een cultuurverandering, maar vanwege de verwevenheid van de professionals (de artsen) tussen het vergoedingensysteem en uitkeringsysteem vraagt het ook een systeemverandering.

5. De verantwoordelijkheid van cliëntenorganisaties

De verantwoordelijkheid van de cliënt in zijn rol van patiënt moet deels worden overgenomen door cliëntenorganisaties (....)

Patiëntenorganisaties moeten de regie nemen ten aanzien van voorlichting, informatie en vraagondersteuning. (Hans van der Wilk)

Cliëntenorganisaties zijn in een vraaggestuurd stelsel voor zorg en sociale zekerheid onder andere verantwoordelijk voor het toerusten van de cliënt. De organisaties doen bijvoorbeeld onderzoek naar kwaliteit van de dienstverlening en maken deze informatie bekend.

Cliëntorganisatie en individuele cliënten

Een voorbeeld. De Nierpatiëntenvereniging (LVD) certificeert Dialysecentra op basis van een lijst met vragen die door de LVD is opgesteld. De lijst met gecertificeerde centra wordt gepubliceerd. De Nierpatiëntenvereniging pakt daarmee een rol waarbij de cliënt zijn eigen verantwoordelijkheid behoudt en stelt cliënten staat te vergelijken en zelf te kiezen. Met dergelijke werkwijzen organiseren cliëntenorganisaties steunsystemen om cliënten te ondersteunen bij het realiseren van hun vraag. (Een soort ANWB voor de gezondheidszorg).

Andere cliëntenorganisaties zetten een inkooporganisatie op poten, zodat zorg goedkoper en kwalitatief goed kan worden ingekocht.

Weer andere cliëntenorganisaties ondernemen activiteiten die uitvoeringsorganisaties en zorgaanbieders aanzetten tot vraaggericht werken. Individuele cliënten worden sterker (empowered). Dat kan omdat in een vraaggestuurd systeem organisaties afhankelijker van individuele klanten worden.

Cliëntenorganisaties als reactie op aanbodstructuur

Cliëntenorganisaties positioneren zich anders dan tot nu toe het geval was. Vooral in de zorgsector stellen veel cliëntenorganisaties zich op als (potentiële) samenwerkingspartner van zorgaanbieders. Door overleg en het uitvoeren van samenwerkingsprojecten proberen zij de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. De cliëntenorganisaties vertegenwoordigen in deze hun achterban. Deze aanpak past uitstekend binnen de bestaande aanbodstructuur in de zorgverlening. Het overlegmodel viert hier hoogtij. Het management van een zorginstelling zoekt een gesprekspartner en de cliëntorganisatie blijkt geschikt. Daarbinnen is deze aanpak wellicht ook het meest effectief. Echter er kleven ook nadelen aan. De mate waarin cliëntenorganisaties daadwerkelijk hun achterban vertegenwoordigen kan kritisch worden beoordeeld. Soms wordt het in gesprek blijven of het belang van de organisaties belangrijker dan de inhoud. De vraag is dan of de organisaties inbreng, invloed of feitelijk meer mogelijkheden en macht voor de individuele cliënt willen? Het is moeilijk deze grens te bewaken, temeer daar de machtsposities vaak ongelijk zijn.

Verandering van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde dienstverlening vraagt ook van de meeste cliëntenorganisaties evenzeer een omslag. Zij zullen zich meer positioneren aan de kant van de (individuele) cliënt. Een voorbeeld van een organisatie die zich vooral en alleen op de individuele cliënt richt is Per Saldo. Zij richten zich op het versterken van de positie van de individuele cliënt in de gezondheidszorg met een persoonsgebonden budget. Voor meer informatie: www.pgb.nl.

Bij vraagsturing lijkt het ook van belang meer onderscheid te (gaan) maken tussen belangenbehartiging en ondersteuning. Bij ondersteuning gaat het vooral om 'objectieve' en feitelijke informatie en advisering terwijl bij belangenbehartiging en belang van de totale groep cliënten in het geding is. Beide rollen kunnen aan elkaar verbonden zijn maar zeker ook los van elkaar vorm krijgen.

6. Verantwoordelijkheden op een rij

Voorgaande beschouwingen maken duidelijk dat er niet alleen sprake is van morele en feitelijke verantwoordelijkheid die bij individuele klanten komt te liggen. Er is sprake van veranderingen bij de diverse betrokkenen. Op basis van de voorgaande hoofdstukken benoemen we verantwoordelijkheden die bij aanbodgestuurde en vraaggestuurde dienstverlening relevant zijn.

Verantwoordelijkheden

	Aanbodsturing	Vraagsturing
Cliënt	<ul style="list-style-type: none"> - assertieve opstelling - aanbod accepteren - verantwoordelijkheid wordt overgenomen 	<ul style="list-style-type: none"> - assertieve opstelling - vergelijken en kiezen - zelf verantwoordelijkheid nemen
Cliëntenorganisatie	<ul style="list-style-type: none"> - vertegenwoordigen van achterban in overlegmodel - samenwerking met uitvoeringsorganisaties 	<ul style="list-style-type: none"> - ondersteunen van cliënten bij maken van keuzen en nemen eigen verantwoordelijkheid - opzetten van ondersteunings-systemen en doen van kwaliteits-onderzoek vanuit onafhankelijke positie
Uitvoeringsorganisatie	<ul style="list-style-type: none"> - kwalitatief goede uitvoering dienstverlening volgens protocol - zorgen voor realiseren productieafspraken - budgetbewaking - handhaving regelgeving 	<ul style="list-style-type: none"> - kwalitatief goede dienstverlening op maat - voldoen aan de vraag: cliënt staat centraal - doelrealisatie - zorgen voor transparantie
Financier / verzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> - legt verantwoording af aan de overheid - behartigt (indirect) de belangen van de overheid 	<ul style="list-style-type: none"> - legt verantwoording af aan de verzekerde - behartigt de belangen van de verzekerde
Overheid	<ul style="list-style-type: none"> - verantwoordelijk voor beschikbaarheid van sociale zekerheid en zorg - verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van dienstverlening. 	<ul style="list-style-type: none"> - verantwoordelijk voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van sociale zekerheid en zorg - verantwoordelijk voor het toerusten van cliënten. - verantwoordelijk voor het realiseren van randvoorwaarden voor marktwerking.

Competentie, macht en vertrouwen

We hebben gezien dat het niet alleen gaat om het beschrijven van de verantwoordelijkheid, maar ook om de mogelijkheid om verantwoordelijkheid te *kunnen* nemen. Dat vraagt competenties. Maar het systeem is taai. De vraag is hoe het 'traditionele' systeem, dat in principe zichzelf in stand houdt, kan veranderen zodat de verschillende partijen hun nieuwe verantwoordelijkheid zullen nemen. Waarschijnlijk ligt het antwoord bij de vrager. Hij moet macht hebben en vertrouwen. Zolang hij onmachtig is en geen vertrouwen kan hebben zal hij geen verantwoordelijkheid nemen. Debatten over systeemveranderingen wijzen nu te vaak alleen op de bureaucratie en pleiten voor ruimte voor aanbieders om creatief op de vraag in te spelen. Ook daar speelt het begrip vertrouwen een rol. Bij vraagsturing hoort ook macht en vertrouwen voor de vrager er bij.

Bijlage 1 Verantwoording

Bijeenkomst van het innovatiecentrum vraagsturing (ICV)

Het Innovatiecentrum Vraagsturing wil vraagsturing bevorderen. Dit centrum biedt kennis, deskundigheid, een netwerk en ondersteuning aan partijen die met vraagsturing aan de slag willen. Op deze wijze wordt voorkomen dat het wiel steeds opnieuw moet worden uitgevonden, met alle frustraties en risico's van dien. Het Innovatiecentrum Vraagsturing moet in korte tijd de vernieuwing rond vraagsturing aanjagen, zonder er zelf partij in te worden.

Het ICV gaat daarbij uit van 'wederkerigheid', 'respect' en 'gelijkwaardigheid' (men spreekt ook wel van 'wederkerige adequaatheid'). Dit betekent dat er overeenstemming dient te bestaan tussen de betrokken partijen over de inhoud, de vorm, het nut en de prijs van een dienst of product dat geleverd wordt. Het betekent ook dat een individuele cliënt moet kunnen beschikken over middelen om regie te voeren en deze regie in een zorgvuldig proces tot stand komt. De vraag is hoe dit in de praktijk concreet uitpakt. Daarbij kijken we in het bijzonder naar verantwoordelijkheid en samenhang.

Eerder organiseerde het ICV bijeenkomsten over het toerusten van cliënten voor vraagsturing en implementatie. De rapporten die hierover verschenen, Elf bouwstenen voor vraagsturing en Vraagsturing op drie fronten zijn verkrijgbaar bij het ICV. Ze staan ook op de website: www.icv.nl.

Deze rapportage Noties over verantwoordelijkheid en vraagsturing is gebaseerd op de bijeenkomst van 6 juni 2002. Dat betekent dat veel impressies overgenomen zijn van de deelnemers. Om dit duidelijk te maken zijn enkele quotes van deelnemers opgenomen. Deze rapportage kan niet gelezen worden als een woordelijk verslag van de bijeenkomst. Wel zeggen wij dank aan de deskundige en betrokken inbreng van de deelnemers aan de expertbijeenkomst. Zonder hen hadden wij deze rapportage niet kunnen schrijven. De lijst van deelnemers is als bijlage bijgevoegd. In het bijzonder hebben we veel gebruikt van de inbreng van de twee sprekers die een aftrap voor het debat gaven:

- Roeland van Geuns, directeur Sociale Zekerheid bij Regioplan.
- Hans van der Wilk, bestuurslid van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid en de Stichting Patiëntenfonds.

Deelnemers expertmeeting ICV "Vraagsturing en verantwoordelijkheden"

6 juni 2002 Jaarbeurs Utrecht

dhr. Kees van Drunen	Provinciaal Gehandicaptenplatform Utrecht
dhr. Hans Blaauwbroek	Innovatiecentrum Vraagsturing
dhr. Otto-Sander van der Veen	KPMG
mw. Marry Mos	Basisberaad GGZ
dhr. Kerst Zwart	Innovatiecentrum Vraagsturing
dhr. Rob Lammerts	Verwey-Jonker Instituut
mw. Antoinette Buinink	Innovatiecentrum Vraagsturing
mw. Marlies Ypma	Directie Gehandicaptenbeleid
dhr. Hein Albeda	Innovatiecentrum Vraagsturing
dhr. Ben Stoelinga	NIZW
mw. Diana van Doorn	Innovatiecentrum Vraagsturing
mw. Yolanda Koster-Dreese	Kantel Konsult
mw. Leni Jansen	Edmund Husserl Stichting
dhr. Dik Braldis	L.P.R. (St. Land. Patiënten- en bewonersraden GGZ)
mw. Janneke Boer	Consumentenbond
dhr. Hans van Oijen	Stichting Instituut Gak
dhr. Chel Mertens	o.a. CG-raad, BPV& W en Vereniging Nierpatiënten
mw. Wendy van der Kraan	Erasmus Universiteit/Inst. Beleid en Management
dhr. Hans van der Wilk	o.a. NFGV, patiëntenfonds
dhr. Roeland van Geuns	Regioplan